

Rev. Latino-Am. Enfermagem
2018;26:e2988
DOI: 10.1590/1518-8345.2177.2988
www.eerp.usp.br/rlae



Artigo Original

Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal

Clodoaldo Tentes Côrtes¹
Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira²
Rafael Cleison Silva dos Santos³
Adriana Amorim Francisco⁴
Maria Luiza Gonzalez Riesco²
Gilceria Tochika Shimoda⁵

Objetivo: avaliar o impacto da implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. **Método:** estudo de intervenção quase experimental, tipo antes e depois, conduzido em maternidade pública, Amapá. Foram entrevistados 42 profissionais, 280 puérperas e analisados dados de 555 prontuários, desenvolvidos em três fases: auditoria de base (fase 1), intervenção educativa (fase 2) e auditoria pós-intervenção (fase 3). **Resultados:** após a intervenção, houve incremento de 5,3 pontos percentuais (p.p.) na taxa de parto normal. Na entrevista com as mulheres, constatou-se aumento significativo da presença do acompanhante no trabalho de parto (10,0 p.p.) e da posição vertical ou cócoras (31,4 p.p.); redução significativa de amniotomia (16,8 p.p.), posição litotômica (24,3 p.p.) e ocitocina intravenosa (17,1 p.p.). Na perspectiva dos profissionais, houve redução estatística da prescrição/administração de ocitocina (29,6 p.p.). Na análise dos prontuários, observou-se redução significativa da taxa de amniotomia (29,5 p.p.) e da posição litotômica (1,5 p.p.); a taxa de posição vertical ou cócoras apresentou incremento estatístico de 2,2 p.p. **Conclusões:** houve impacto positivo da intervenção educativa na melhora da assistência à parturiente, mas o processo de implementação não foi capaz de obter sucesso completo na adoção das evidências científicas na assistência ao parto normal nesta instituição.

Descritores: Trabalho de Parto; Parto Normal; Prática Clínica Baseada em Evidências; Pesquisa Médica Translacional; Auditoria Clínica; Enfermagem Obstétrica.

¹ Doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Professor Assistente, Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Amapá, Macapá, Amapá, Brasil.





² PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³ PhD, Professor Adjunto, Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Amapá, Macapá, AP, Brasil.

⁴ PhD, Professor, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁵ PhD, Enfermeira, Hospital Universitário, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Côrtes, CT; Oliveira, SMJV; Santos, RCS; Francisco, AA; Riesco, MLG; Shimoda, GT. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e2988. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988>.

dia mês ano

URL

Introdução

O modelo predominante de assistência ao parto no Brasil caracteriza-se pelo uso abusivo ou inadequado de intervenções (amniotomia de rotina, posição litotômica e infusão intravenosa de ocitocina) e pelo cerceamento dos direitos da parturiente (restrição à presença de acompanhante) em todos os períodos clínicos do parto. Esses problemas podem ser prevenidos ou reduzidos mediante a adoção das melhores evidências científicas disponíveis na assistência obstétrica⁽¹⁾.

A pesquisa Nascer no Brasil, estudo de base hospitalar, coordenada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Rio de Janeiro), que traçou um perfil da assistência obstétrica hospitalar no país por meio de uma investigação com 23.940 puérperas, apontou que algumas práticas, como posição litotômica (91,7%), ocitocina (36,4%), amniotomia (39,1%), manobra de Kristeller (36,1%) e cesariana (51,9%) continuam sendo oferecidas como cuidados rotineiros para parturientes com gestação de risco habitual⁽²⁾.

Se, por um lado, o avanço da obstetrícia moderna contribuiu na melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, por outro, permitiu a concretização do modelo que considera a gravidez e o parto como doenças, e não como expressões de saúde. Como consequência, a mulher e o recém-nascido (RN) são expostos a elevadas taxas de intervenções⁽¹⁾.

Diante disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, propôs algumas mudanças na assistência ao parto e nascimento, incluindo a necessidade de resgate do parto como um evento natural, com estímulo para a atuação da enfermeira obstétrica, a utilização de práticas baseadas nas melhores evidências científicas e o acesso às tecnologias apropriadas de atenção ao parto⁽³⁾. Nessa perspectiva, destaca-se a importância de basear as políticas e as práticas de saúde nas melhores evidências disponíveis e de traduzir o conhecimento em ação, promovendo a efetividade e a segurança das intervenções⁽⁴⁻⁶⁾.

No entanto, introduzir práticas baseadas em evidências científicas na prática assistencial exige mais que conhecimento e convicções, visto que implica mudanças de comportamento, superação de barreiras e preenchimento de lacunas na transferência do conhecimento⁽⁴⁾.

A implementação refere-se à utilização da evidência na prática clínica, por meio de mudanças na assistência e/ou nos serviços de saúde⁽⁴⁾, sendo a auditoria clínica uma das estratégias para promover sua consolidação.

A auditoria clínica é uma estratégia de melhoria da qualidade que fornece dados sobre as disparidades

entre a prática atual e o desempenho almejado. Baseia-se na suposição de que os profissionais modificam sua prática ao receberem um *feedback*, mostrando que ela é inconsistente com o desejável⁽⁷⁾.

Um dos modelos de auditoria clínica é o adotado pelo Instituto Joanna Briggs (JBI), que consiste em três fases: auditoria de base, implementação das melhores práticas e auditoria pós-implementação⁽⁴⁾.

Embora existam muitas pesquisas sobre as boas práticas de assistência ao parto, faltam estudos sobre a avaliação do impacto de intervenções que proponham a implementação destas evidências. Aspectos como a metodologia de implementação ainda precisam ser melhor investigados⁽⁸⁻⁹⁾.

Nesse sentido, esta pesquisa busca resposta à seguinte questão: a implementação das práticas baseadas em evidências modifica a assistência ao parto normal?

Assim, este estudo foi proposto com objetivo de avaliar o impacto da implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal.

Método

Estudo de intervenção quase experimental, tipo antes e depois, que seguiu o processo de auditoria clínica para implementação de evidências na prática, utilizado pelo JBI e composto das fases: 1) planejamento e realização da auditoria de base; 2) avaliação e discussão dos resultados da auditoria de base e intervenção educativa para implementação das melhores práticas com a equipe de auditoria; 3) auditoria pós-intervenção, na qual se mensuram os mesmos critérios da auditoria de base e que tem como objetivo comparar as diferenças nos resultados entre as duas auditorias e a avaliação da conformidade de cada critério auditado.

O estudo foi conduzido entre julho de 2015 e março de 2016, no Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML), maternidade pública de referência no estado do Amapá, localizada em Macapá, que presta atendimentos às mulheres de risco habitual e alto risco obstétrico. Em 2015, sua média mensal foi de 650 partos (66,5% normais e 33,5% cesarianas)¹.

Este estudo envolveu dados obtidos por entrevista com os profissionais da equipe de saúde e puérperas e por consulta aos prontuários das mulheres atendidas no HMML.

Em relação aos profissionais de saúde, optou-se por utilizar a população, desta forma, 71 profissionais foram elegíveis. Destes, 52 atenderam aos critérios de inclusão, porém 10 não foram encontrados ou não

¹ Dados do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do HMML.

concordaram em participar do estudo, restando 42 que participaram da auditoria de base (25 enfermeiros e 17 médicos). Além dessas perdas, 10 recusaram-se ou estavam indisponíveis para as demais fases do estudo, restando no total 32 (20 enfermeiros e 12 médicos) para a intervenção educativa e auditoria pós-intervenção. Os critérios de inclusão dos profissionais foram: enfermeiro obstétrico, médico obstetra, residente de enfermagem ou de medicina e atuantes na assistência ao parto normal no HMML.

O tamanho amostral de puérperas foi definido pelo teste de prevalência para estudos tipo antes e depois, considerando-se a taxa do uso de ocitocina na região Norte do Brasil de 22,8%⁽²⁾, reduzindo para 10,5%. Desta forma, estimou-se que seriam necessárias pelo menos 280 mulheres (140 antes da intervenção e 140 depois) para poder de teste de 80% e nível de confiança de 95%. Os critérios de inclusão foram: admitida na fase ativa ou pródromos de trabalho de parto e até 8 centímetros de dilatação cervical; ter tido gestação de risco habitual e parto normal atual; não ser indígena, nem portadora de necessidades especiais.

Em ambas as fases, a seleção dos prontuários foi por amostragem intencional. Na auditoria de base, foram consideradas todas as altas hospitalares de puérperas ocorridas 30 dias antes do início desta fase, em que foram disponibilizados 424 prontuários, e, após serem submetidos aos mesmos critérios de inclusão das puérperas, foram selecionados 291. Na auditoria pós-intervenção, incluíram-se os prontuários das altas hospitalares de puérperas ocorridas entre a segunda quinzena de fevereiro e a primeira de março de 2016. Nesse período, foram disponibilizados 440 prontuários e, após a aplicação dos critérios de inclusão, restaram 264. As seguintes variáveis foram utilizadas: presença de acompanhante, realização de amniotomia, posição de parto, prescrição de ocitocina, administração de ocitocina, puxo dirigido e manobra de Kristeller.

A coleta de dados ocorreu em três fases: inicialmente (entre julho e setembro de 2015), realizou-se auditoria de base, constituição de uma equipe, definição dos critérios de auditoria e avaliação preliminar dos desfechos e das práticas empregadas no trabalho de parto e parto normalantes da implementação das evidências. A equipe de auditoria envolveu pessoas ligadas ao processo gerencial e assistencial, denominadas "profissionais-chave", que foram os diretores-gerais, o técnico e o clínico do HMML, o gerente de obstetrícia, todos os médicos, a coordenadora de Enfermagem e a responsável pelo Núcleo de Educação Permanente.

Como critérios de auditoria, consideraram-se algumas práticas e desfechos maternos que pudessem indicar a utilização das melhores evidências científicas,

como aumento da taxa de parto normal, do número de acompanhantes de escolha da mulher, da frequência da posição de parto de escolha pela mulher e de posições verticalizadas; redução da taxa de amniotomia, da posição litotômica, de ocitocina intravenosa, de puxo dirigido e da manobra de Kristeller. Nessa fase, realizaram-se também entrevistas com os profissionais do serviço e puérperas internadas no alojamento conjunto com 1-2 dias pós-parto. As perguntas foram relativas ao acompanhante de escolha da mulher, amniotomia, ocitocina, posições de parto, puxos dirigidos e manobra de Kristeller. Os dados dos prontuários de puérperas foram coletados.

Na fase 2 (outubro de 2015), realizou-se uma intervenção educativa denominada "Seminário de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal" aos profissionais que participaram da auditoria de base. O seminário, que foi realizado em local externo ao serviço e com duração de 8 horas, apresentou a avaliação preliminar dos resultados encontrados na auditoria de base e as melhores práticas de assistência ao parto (presença de acompanhante de escolha da mulher, posições verticalizadas, amniotomia e ocitocina seletiva, não uso das manobras de Valsalva e Kristeller), as quais foram discutidas à luz das evidências científicas com os profissionais. Os diretores do HMML foram facilitadores na exposição e discussão das práticas. Além disso, disponibilizou-se material de leitura atualizado (ensaios clínicos aleatorizados e revisões sistemáticas) a todos os profissionais do seminário.

Não obstante, apenas 18 (11 enfermeiros e sete médicos) dos 42 profissionais da auditoria de base participaram desta fase. Assim, entre outubro e novembro de 2015, propôs-se outra estratégia com *banners* contendo a síntese das evidências no próprio ambiente de trabalho para abranger os demais profissionais. Mais 14 profissionais (nove enfermeiros e cinco médicos) participaram desta intervenção, totalizando 32 participantes.

Considerando que o JBI não estabelece o período para que a auditoria pós-intervenção ocorra, os pesquisadores estabeleceram que a fase 3 ocorresse 60 dias depois da fase 2, por intermédio de uma auditoria, utilizando os mesmos instrumentos e critérios da fase 1 para identificar a aplicação das práticas discutidas no seminário e comparar com os resultados encontrados na auditoria de base.

A análise dos dados foi realizada calculando as frequências absoluta e relativa das variáveis categóricas. Realizou-se análise inferencial mediante a comparação dos resultados das fases 1 e 3. Para a comparação entre as proporções das práticas identificadas nas entrevistas com as puérperas, utilizou-se o teste Qui-quadrado.

Na comparação entre as proporções das práticas identificadas por meio da consulta dos prontuários, foram empregados os testes Qui-quadrado ou exato de Fisher. Na comparação das práticas identificadas nas entrevistas com os profissionais nas fases 1 e 3, utilizou-se a metodologia para medidas repetidas com um modelo de equações de estimação generalizado (GEE)⁽¹⁰⁾.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Parecer nº 698.421/2014. A participação dos profissionais e das usuárias do serviço foi voluntária, após leitura, esclarecimentos e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido ou de Assentimento.

Resultados

A análise comparativa entre as fases 1 e 3 mostrou que houve aumento de 5,3 pontos percentuais (p.p.) na taxa de parto normal (Tabela 1).

Na entrevista com as puérperas, a auditoria pós-intervenção mostrou que houve aumento estatístico da presença do acompanhante de livre escolha, redução estatística de amniotomia, da posição litotômica e infusão de ocitocina (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição dos partos identificados pelo SAME* do HMML[†] 5 meses antes e 5 meses depois da intervenção – Macapá, AP, Brasil, 2015 – 2016

Variável	Fase 1		Fase 3	
	N	%	N	%
Tipo de parto				
Normal	2.035	63,7	2.257	69,0
Cesariana	1.160	36,3	1.013	31,0
Total	3.195	100	3.270	100

*SAME: Serviço de Arquivo Médico e Estatística

[†]HMML: Hospital da Mulher Mãe Luzia

Na entrevista com os profissionais, identificou-se diminuição estatística da prescrição ou administração de ocitocina, após a intervenção. Nas demais práticas, não houve diferença estatística (Tabela 3).

Na análise dos prontuários, houve um grande número de registros sem informações. Entretanto, após a intervenção, verificou-se diferença estatisticamente significativa na realização de amniotomia e no uso da posição lateral durante o parto (Tabela 4).

Tabela 2 -Práticas identificadas nas entrevistas com as puérperas na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) e valor p – Macapá, AP, Brasil, 2015 - 2016

Variável	Puérperas				valor p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
Presença do acompanhante	140		140		
Sim	117	83,6	131	93,6	
Não	12	8,6	9	6,4	0,002
Não era de sua escolha	11	7,8	0	0,0	
Realização de amniotomia	140		140		
Sim	74	52,5	50	35,7	
Não	66	47,5	90	64,3	0,005
Escolha da posição do parto	140		140		
Sim	79	56,4	84	60,0	
Não	61	43,6	56	40,0	0,545
Posição no parto	140		140		
Litotômica	105	75,0	71	50,7	
Vertical/cócoras	15	10,7	59	42,1	
Lateral	12	8,6	7	5,0	<0,001
Quatro apoios	8	5,7	3	2,2	
Uso de ocitocina	140		140		
Sim	84	60,0	60	42,9	
Não	56	40,0	80	57,1	0,004
Incentivo ao puxo dirigido	140		140		
Sim	111	79,3	70	50,0	
Não	29	20,7	70	50,0	<0,001
Manobra de Kristeller	140		140		
Sim	29	20,7	14	10,0	
Não	111	79,3	126	90,0	0,013

*Teste Qui-quadrado

Tabela 3 - Práticas identificadas nas entrevistas com os profissionais na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) e valor p – Macapá, AP, Brasil, 2015 - 2016

Variável	Profissionais				valor p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
Possibilita presença do acompanhante	42		32		0,325
Sempre/na maioria das vezes	41	97,6	32	100	
Raramente/nunca	1	2,4	0	0,0	
Realiza amniotomia	42		32		0,320
Sempre/na maioria das vezes	12	28,6	6	18,7	
Raramente/nunca	30	71,4	26	81,3	
Possibilita escolha da posição de parto	42		32		0,521
Sempre/na maioria das vezes	33	78,6	27	84,4	
Raramente/nunca	9	21,4	5	15,6	
Recomenda posição litotômica	42		32		0,343
Sempre/na maioria das vezes	19	45,2	11	34,4	
Raramente/nunca	23	54,8	21	65,6	
Recomenda posição lateral	42		32		0,741
Sempre/na maioria das vezes	22	52,4	18	56,3	
Raramente/nunca	20	47,6	14	43,7	
Recomenda posição vertical	42		32		0,990
Sempre/na maioria das vezes	17	40,5	13	40,6	
Raramente/nunca	25	59,5	19	59,4	
Prescreve/administra ocitocina	42		32		0,005
Sempre/na maioria das vezes	19	45,2	5	15,6	
Raramente/nunca	23	54,8	27	84,4	
Orienta/incentiva puxo dirigido	42		32		0,054
Sempre/na maioria das vezes	18	42,9	7	21,9	
Raramente/nunca	24	57,1	25	78,1	
Realiza/incentiva manobra de Kristeller	42		32		0,716
Sempre/na maioria das vezes	2	4,8	0	0,0	
Raramente/nunca	40	95,2	32	100	

*GEE (Modelo de equações de estimação generalizado)

Tabela 4 - Práticas identificadas nos prontuários na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) e valor p – Macapá, AP, Brasil, 2015 - 2016

Variável	Prontuário				valor p
	Fase 1		Fase 3		
	N	%	n	%	
Presença de acompanhante	291		264		
Sim	13	4,5	44	16,7	1,000*
Não	0	0,0	3	1,1	
Sem registro	278	95,5	217	82,2	
Realização de amniotomia	291		264		
Sim	130	44,7	40	15,2	<0,001†
Não	141	48,4	178	67,4	
Sem registro	20	6,9	46	17,4	
Posição no parto	291		264		
Litotômica	74	25,4	63	23,9	0,013*
Vertical/cócoras	20	6,9	24	9,1	
Lateral	31	10,6	9	3,4	
Quatro apoios	4	1,4	5	1,9	
Sem registro	162	55,7	163	61,7	
Prescrição de ocitocina	291		264		
Sim	151	51,9	131	49,6	0,593†
Não	140	48,1	133	50,4	
Administração de ocitocina	291		264		
Sim	150	51,5	122	46,2	0,209†
Não	141	48,5	142	53,8	
Manobra de Kristeller	291		264		
Sim	2	0,7	2	0,8	1,000†
Não	0	0,0	0	0,0	
Sem registro	289	99,3	262	99,2	

*Teste exato de Fisher

†Teste Qui-quadrado

Discussão

Este estudo de intervenção quase experimental, tipo antes e depois, teve como base o modelo de auditoria clínica e buscou avaliar o impacto da implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. Na área obstétrica, poucas pesquisas dedicaram-se a explorar esta temática, embora seja de grande relevância clínica e acadêmica.

O modelo de assistência encontrado nos hospitais brasileiros resulta na exposição de mulheres, sobretudo aquelas de risco obstétrico habitual, nas intervenções desnecessárias e sem qualquer evidência que as justifique⁽²⁾. Assim, o protocolo desta pesquisa definiu algumas práticas e desfechos maternos que representam a utilização das melhores evidências na atenção ao parto que são recomendados pela OMS. No HMML, tais mudanças eram fundamentais diante do quadro constatado na auditoria de base, isto é, altos índices de intervenções sem recomendação científica ou mesmo consideradas iatrogênicas.

Embora este estudo tenha resultado em melhora na prática clínica, as evidências científicas na assistência ao parto não foram totalmente implementadas, possivelmente, porque este é um processo complexo e contínuo, que envolve mudanças e superação de barreiras nos âmbitos individual e institucional, como indicado por outros pesquisadores^(4,11).

A literatura científica aponta diversos fatores que dificultam a implementação de evidências na prática clínica. No âmbito organizacional, as principais barreiras são falta de tempo, instalações inadequadas e falta de apoio⁽¹²⁾. No serviço onde esta pesquisa foi conduzida, encontrou-se sobrecarga de trabalho dos profissionais, pequeno número de leitos para a alta demanda de partos e falta de infraestrutura física. Destarte, a implementação de evidências poderia ter alcançado maior sucesso se houvesse um contexto organizacional que apoiasse a prática baseada em evidências.

No âmbito individual, as barreiras incluem falta de conhecimento sobre os métodos e resultados de pesquisa e atitude negativa em relação à prática baseada em evidências⁽¹²⁾. Soma-se a isso a resistência de alguns profissionais de saúde que não conseguem romper com o atual paradigma de assistência ao parto⁽¹³⁾, provavelmente por terem sido formados previamente às políticas de humanização e à prática baseada em evidências. Ademais, a educação médica ainda não está voltada à formação de profissionais habilitados a prestar assistência integral, de qualidade e humanizada, visto que se inclina para reproduzir a utilização de práticas intervencionistas⁽¹³⁻¹⁴⁾.

A concorrência imposta por outras prioridades de saúde, a escassez de recursos, a falta de motivação

para implementar e sustentar as mudanças na prática assistencial e a disseminação ineficaz dos resultados são fatores que contribuem para a retomada da prática anterior após a finalização de uma intervenção de pesquisa⁽¹¹⁾.

Há grande número de estratégias que podem contribuir para uma efetiva implementação de mudanças na prática clínica e que são pautadas em diferentes teorias sobre comportamento humano, mudança profissional e desempenho organizacional. A literatura sugere que, por meio da combinação destas diferentes abordagens, mudanças reais e sustentáveis podem ser alcançadas⁽¹⁵⁾.

Após a intervenção educativa, houve um incremento de 5,3 p.p. na taxa de parto normal, possivelmente estimulado pela discussão sobre a implementação das práticas baseadas em evidências científicas no seminário. Entretanto, em razão das limitações do delineamento do estudo, não é possível afirmar que este foi o único determinante para esta mudança, uma vez que dados adicionais, como a situação de risco das mulheres durante a progressão do trabalho de parto e as indicações para realizar a cesariana, não foram analisados. De qualquer forma, notou-se que mais profissionais passaram a adotar práticas que contribuem para viabilizar o parto normal, tais como a presença de acompanhante, redução da amniotomia e da infusão de ocitocina.

A auditoria pós-intervenção revelou aumento significativo do número de mulheres que tiveram acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto. O apoio individual tem efeitos clínicos benéficos à mulher e seu bebê, comprovados por evidência científica, resultando em trabalho de parto mais curto, maior possibilidade de ter parto espontâneo, menor necessidade de analgesia, menos neonatos com índice de Apgar baixo no quinto minuto e menor número de relatos de insatisfação com o parto, o que deveria ser garantido para toda mulher⁽¹⁶⁾.

No Brasil, a presença do acompanhante de livre escolha da mulher no parto é garantida há mais de 10 anos pela Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005⁽¹⁷⁾. Além disso, a Agência Nacional de Saúde Suplementar determinou, por meio da Resolução Normativa nº 387, que os atendimentos obstétricos no setor privado devem cobrir as despesas do acompanhante, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, independente do seguro-saúde⁽¹⁸⁾.

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto também reforça a recomendação para que as mulheres tenham acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, não invalidando o apoio dado por pessoa de fora da rede social da mulher⁽¹⁾. É uma prática classificada como demonstradamente útil e

que deve ser estimulada, uma vez que contribui para a humanização do cuidado e redução de intervenções obstétricas desnecessárias⁽³⁾.

Não obstante, é importante destacar que, nos últimos anos, houve dificuldade na legitimação da garantia desse direito no Brasil, sobretudo por resistência dos profissionais à presença do acompanhante, falta de estrutura física, recursos humanos e materiais nas instituições de saúde e falta de apoio e de diretrizes institucionais para implementação da Lei do Acompanhante⁽¹⁴⁾.

No HMML, a estrutura do antigo centro obstétrico, atual CPN, não oferecia condições físicas para instalar satisfatoriamente as mulheres, seus acompanhantes e os profissionais do serviço. Em 2014, essa estrutura sofreu mudanças para adaptação da ambiência prevista na atual política de assistência à mulher, da Rede Cegonha/MS. Assim, as modificações no espaço associadas à intervenção educativa realizada neste estudo podem justificar o aumento do relato da presença do acompanhante de escolha da mulher no parto.

A redução da taxa de amniotomia após a intervenção foi um achado inesperado, pois, no HMML, essa prática era realizada de forma associada à infusão de ocitocina sob a justificativa de redução do tempo de permanência das mulheres no centro de parto, necessária em razão da elevada demanda por atendimento. A amniotomia antes da dilatação cervical completa é, com frequência, utilizada para acelerar o trabalho de parto, mas a eficácia dessa intervenção não foi comprovada e permanece como objeto de debate e investigação.

Duas revisões sistemáticas, sem metanálise, foram conduzidas para avaliar a efetividade do manejo ativo do trabalho de parto. A primeira, com 5.390 mulheres, avaliou se esse tipo de manejo reduz o número de cesáreas em gestação de risco habitual e se melhora a satisfação da mulher. As práticas incluíram a amniotomia de rotina, infusão de ocitocina e apoio individual no trabalho de parto. Os autores concluíram que o manejo ativo está associado à pouca redução na taxa de cesariana, mas é altamente prescritivo e intervencionista, sendo necessários mais estudos para avaliar aceitabilidade desse manejo pelas parturientes⁽¹⁹⁾.

A segunda revisão concluiu que não há evidências de que a amniotomia esteja associada à redução da duração do período de dilatação, taxa de cesariana, satisfação materna e índice de Apgar no quinto minuto⁽²⁰⁾. Portanto, não deve ser adotada rotineiramente como parte da assistência à parturiente.

Quanto à posição de parto, houve redução significativa no uso da litotomia e aumento expressivo na adoção das verticalizadas, pós-intervenção. Tal achado pode se justificar pela maior participação das enfermeiras

obstétricas no seminário. Além disso, notou-se que, na prática diária, houve maior adesão dessas profissionais em orientar as mulheres quanto às diferentes posições no parto e possibilitar sua livre escolha.

Nossos resultados coincidem com os achados de estudo realizado em São Paulo (Brasil), no qual os autores observaram que, após uma intervenção educativa com os profissionais da maternidade, as posições verticalizadas foram adotadas por todas as parturientes, e a litotômica deixou de ser utilizada, com diferença estatística ($p=0,001$)⁽²¹⁾.

Na assistência humanizada, recomenda-se à mulher a liberdade de escolha de posição no trabalho de parto e parto, entretanto, no Brasil, a posição litotômica continua sendo utilizada no período expulsivo pela maioria das parturientes⁽²⁾.

Estudo mostra que, quando as mulheres adotam posições verticais, os benefícios físicos e psicológicos incluem menor duração do trabalho de parto, menos intervenções e dor severa e maior satisfação com o parto⁽²²⁾. Revisão sistemática concluiu que ainda não é possível estimar os riscos e benefícios das diferentes posições no parto, em razão da baixa qualidade metodológica dos estudos disponíveis. Assim, cada mulher deve ter a possibilidade de optar pela posição que queira assumir no parto. No entanto, na posição verticalizada, sem anestesia peridural, há redução significativa dos partos assistidos, menor frequência de episiotomia e aumento de lacerações perineais de segundo grau⁽²³⁾.

De acordo com as puérperas, a pós-auditoria revelou também redução estatística no número de mulheres submetidas à infusão de ocitocina no trabalho de parto. Tal desfecho pode ser explicado pelo impacto do seminário (conforme a orientação de que a infusão de ocitocina não deveria ser uma prática rotineira) e pela introdução de outras práticas na assistência ao parto, como o incentivo à deambulação, banhos mornos e oportunidade de livre escolha de posição, em especial as verticais, que permitem acelerar o trabalho de parto.

Revisão sistemática que avaliou a utilização de ocitocina para acelerar o progresso lento da dilatação *versus* redução nas taxas de cesariana e morbidade materna e fetal constatou que não houve diferença estatística na frequência de cesarianas ($p=0,88$) e nos resultados maternos e neonatais adversos ($p=1,02$), comparados ao uso tardio ou não. Em contrapartida, observou-se que o emprego precoce da droga resultou em hiperestimulação uterina associada às alterações cardíacas fetais e redução do trabalho de parto em cerca de 2 horas⁽²⁴⁾. Assim, a infusão de ocitocina no período de dilatação deve estar restrita a situações como falha no progresso do trabalho de parto, em que há necessidade

da correção da dinâmica uterina⁽³⁾. Desse modo, os resultados alcançados após a intervenção educativa parecem favorecer o alinhamento entre as práticas assistenciais e as evidências científicas no serviço onde esta pesquisa foi conduzida.

Puxos dirigidos e manobra de Kristeller também foram significativamente reduzidos após a intervenção educativa. Ao compararmos os resultados das puérperas entrevistadas com os dos profissionais, os dados dessas práticas revelam concordância parcial, pois somente o puxo dirigido indicou uma diminuição estatística.

Independente da dilatação cervical completa, é prática frequente nas maternidades estimular a parturiente a fazer força, impedindo que ela obedeça aos seus próprios impulsos, desrespeitando, assim, a fisiologia do parto⁽³⁾. A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto recomenda os puxos espontâneos no período expulsivo em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos⁽¹⁾.

Revisão bibliográfica recente que avaliou a morbidade materna e neonatal associada ao tipo de puxo utilizado no período expulsivo constatou que os grupos não diferiram quanto às lesões perineais, episiotomias ou tipo de parto. Apenas um estudo encontrou maior escore de Apgar no quinto minuto e melhor pH da artéria umbilical no grupo do puxo espontâneo. Concluiu-se que a baixa qualidade metodológica dos estudos e as diferenças entre os protocolos não justificam uma recomendação de um determinado tipo de puxo⁽²⁵⁾.

A justificativa dos profissionais em orientar puxos longos e dirigidos tem como finalidade encurtar o período expulsivo⁽³⁾. Contudo, a revisão sistemática que investigou a interferência do puxo dirigido no expulsivo concluiu que não há diferença na duração desse período e nas taxas de trauma perineal ao comparar com puxos espontâneos⁽²⁶⁾. Portanto, a mulher deve ser estimulada a seguir seus próprios impulsos.

Quanto à manobra de Kristeller, estudo observacional foi realizado no Egito com 8.097 mulheres submetidas ao parto normal para verificar os efeitos dessa manobra. Os autores constataram que, apesar da menor duração do segundo período, houve importante aumento do risco de lacerações perineais graves, ruptura uterina, dispareunia e incontinência urinária 6 meses após o parto. No RN, houve distocias de ombro, aumento do risco de escore de Apgar abaixo de sete no quinto minuto, de sequelas fetais, como hipoperfusão e paralisia cerebral⁽²⁷⁾.

As práticas e os desfechos maternos identificados nas entrevistas dos profissionais mostraram que, após a intervenção, todos eles relataram possibilitar a presença do acompanhante de escolha da mulher "sempre ou na maioria das vezes", mas sem diferença estatística, pois quase todos já faziam antes da intervenção. Esse

achado foi semelhante ao encontrado nas entrevistas das mulheres. Assim, pode-se inferir que a intervenção educativa melhorou essa prática, ratificando a manutenção das evidências científicas.

Em relação à amniotomia, embora tenha ocorrido diminuição do número de profissionais que referiam realizar esse procedimento "sempre ou na maioria das vezes", o resultado não foi significativo. Esse achado difere daquele obtido nas entrevistas das puérperas, provavelmente, em razão do pequeno número de profissionais entrevistados.

Vale destacar que, em virtude da falta do amnioscópico no cenário deste estudo, a amniotomia é utilizada como método de avaliação do aspecto do líquido amniótico, fato que pode ter contribuído para manutenção das taxas elevadas do procedimento e dificuldade na mudança da prática assistencial.

Quanto à posição para o parto, diferente do relato das puérperas, não houve diferença significativa na redução da taxa de litotomia. Constatou-se também que as entrevistas dos profissionais e das puérperas revelaram que não houve diferença significativa na possibilidade de escolha da posição do parto pela parturiente, mostrando que a definição dessa posição ainda é centrada no profissional.

Estudo observacional realizado na Nigéria, que teve como objetivo identificar a relação entre as posições de parto e trauma perineal, revelou elevadas taxas de litotomia. As mulheres que adotaram essa posição (85%) relataram não ser útil para o progresso do parto, mas não tinham possibilidade de escolha, dada a imposição dos profissionais. As parteiras utilizaram essa prática em 98% dos partos, justificando condição imposta pela instituição. O uso rotineiro da posição litotômica é uma cultura médica incorporada nesses hospitais, e as parteiras são educadas e treinadas para assistir as mulheres nessa posição⁽²⁸⁾.

O cuidado mais efetivo é aquele no qual a parturiente é a figura central e suas necessidades são valorizadas em detrimento das exigências dos profissionais ou das instituições.

A prescrição/administração de ocitocina no parto indicou diminuição estatística após a intervenção. Vale ressaltar que, nos anos que antecederam a intervenção, este fármaco era prescrito, rotineiramente, associado à amniotomia, para o manejo ativo do parto, em especial pelo profissional médico, sob a justificativa de reduzir o tempo da mulher no centro obstétrico, em razão da alta demanda por atendimento.

A administração de ocitocina, associada ou não à amniotomia precoce, não deve ser realizada rotineiramente em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem⁽¹⁾.

Revisão sistemática que comparou a dose inicial baixa contra alta dose de ocitocina apontou que a maior dosagem do medicamento reduziu, significativamente, a duração do parto ($\pm 3,5h$), a taxa de cesariana e aumentou a de parto vaginal. Concluiu-se que não há evidências suficientes para recomendar a utilização de altas doses de ocitocina em mulheres com progressão lenta do trabalho de parto e mais pesquisas devem avaliar esse efeito⁽²⁹⁾.

Houve redução, sem significância estatística, em orientar ou incentivar puxos dirigidos e manobra de Kristeller, após a intervenção educativa. A diminuição dessas intervenções, embora satisfatória, não permitiu alcançar o critério de auditoria definido inicialmente. A manutenção dos puxos dirigidos e da manobra de Kristeller mostra que ainda há resistência dos profissionais em modificar o modelo de assistência intervencionista baseado em crenças ou experiências prévias. Como o hospital é de ensino, esse cenário é ainda mais preocupante, dado que pode resultar na perpetuação desse modelo de atenção ao parto.

Desde o planejamento deste estudo, tinha-se conhecimento de que haveria dificuldade em resgatar informações dos prontuários, sobretudo de algumas práticas que, embora realizadas, com frequência são ocultadas, principalmente em razão do risco que representam para a parturiente e concepto, como puxos dirigidos e manobra de Kristeller. Outras, como uso de ocitocina, amniotomia, posição adotada no parto e presença de acompanhante, foram escolhidas por serem importantes indicadores na área obstétrica e, em geral, registradas no prontuário. Para algumas dessas variáveis, a quantidade e a qualidade dos registros foram deficientes, limitando a discussão dos achados deste estudo.

Após a intervenção educativa, o registro da presença do acompanhante aumentou, mas sem diferença estatística, provavelmente porque esta informação ainda não constava em mais de 90% dos prontuários. Por sua vez, todos os profissionais entrevistados na fase 3 relataram possibilitar a presença do acompanhante “sempre ou na maioria das vezes” e mais de 90% das puérperas informaram ter a presença de um acompanhante no trabalho de parto.

Quanto à prática de amniotomia, constatou-se que houve uma diminuição nos registros em prontuários, após a intervenção, com diferença significativa. Esse resultado equipara-se aos relatos das puérperas, mas diverge daqueles dos profissionais. Vale esclarecer que se considerou como amniotomia não efetuada sempre que havia descrição no prontuário sobre a bolsa amniótica íntegra na admissão, sem referência de ruptura artificial até o parto. Além disso, na auditoria pós-intervenção,

verificou-se mais do que o dobro da falta de registros dessa prática em comparação à auditoria de base.

O registro da integridade das membranas é um dado importante na evolução do trabalho de parto perante as repercussões negativas da rotura artificial na saúde materna e fetal. Há evidências de que efeitos indesejáveis resultam dessa intervenção, como incremento de desacelerações precoces dos batimentos cardíacos fetais e maior risco de infecção fetal e puerperal⁽¹⁾. Assim, é essencial estimular o registro dessa informação no prontuário.

Quanto às posições adotadas no período expulsivo, os registros nos prontuários mostraram que, após a intervenção educativa, houve diminuição da posição litotômica, enquanto as verticais/cócoras aumentaram, com diferença significativa. Esse achado corrobora os relatos das puérperas, mas não os dos profissionais, provavelmente pelo pequeno número de profissionais entrevistados.

Os registros nos prontuários concernentes à prescrição de ocitocina no trabalho de parto revelaram que essa prática, proporcionalmente, foi reduzida após a intervenção educativa, mas sem diferença estatística. Na auditoria pós-intervenção, constatou-se que a utilização da ocitocina no período de dilatação reduziu a frequência em todas as fontes de coleta de dados auditadas, ou seja, puérperas, profissionais e prontuários. Destaca-se que, para essa variável, os registros estavam disponíveis nos prontuários.

Tais achados são coincidentes com um estudo palestino que utilizou a metodologia de implementação de melhores evidências na assistência ao parto normal com o objetivo de investigar possíveis mudanças nas práticas dos profissionais. Os autores demonstraram diminuição de algumas práticas importantes, entre as quais uso liberal da ocitocina e ruptura artificial de membranas após a intervenção, com diferença estatística⁽³⁰⁾.

A ausência de critérios de auditoria predefinidos no JBI para as práticas implementadas foi uma limitação importante neste trabalho. Outras limitações foram a elevada falta de registros das práticas nos prontuários, a coleta não randomizada de puérperas entrevistadas e a dificuldade no recrutamento dos profissionais.

Nossos achados não apenas trazem contribuições para o conhecimento dos profissionais que atuam na assistência ao parto, como também eliminam os cuidados empíricos, rotineiros e desnecessários à mulher e melhoram a prática clínica.

Conclusão

Nossos resultados permitem inferir que a metodologia de implementação de evidências científicas melhorou algumas práticas obstétricas e desfechos maternos.

Houve um aumento na taxa de parto normal. Nos outros desfechos, as melhoras encontradas variaram de acordo com a fonte de informação. Na perspectiva das puérperas, houve aumento significativo da presença do acompanhante de livre escolha no trabalho de parto e da posição vertical/cócoras, além de redução significativa da amniotomia, da posição litotômica, de ocitocina, dos puxos dirigidos e da manobra de Kristeller. Na perspectiva dos profissionais, a prática que apresentou diminuição estatística foi prescrição/administração de ocitocina no trabalho de parto. A análise dos prontuários mostrou redução estatística de amniotomia e da posição litotômica, com consequente aumento das posições verticais/cócoras.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação [Internet]. Brasília (DF); 2016. [Acesso 12 jan 2017]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf.
2. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme MM, Filha, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Sup:S17-S47. doi: 10.1590/0102-311X00151513.
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [Acesso 6 abr 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
4. Pearson A, Jordan Z, Munn Z. Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. *Nurs Res Pract*. 2012; CD792519. doi: 10.1155/2012/792519.
5. Pearson A. Evidence synthesis and its role in evidence-based health care. *Nurs Clin North Am*. 2014;49(4):453-60. doi: 10.1016/j.cnur.2014.08.001.
6. Lockwood C, Aromataris E, Munn Z. Translating evidence into policy and practice. *Nurs Clin North Am*. 2014; 49(4):555-66. doi: 10.1016/j.cnur.2014.08.010.
7. Ivers NM, Sales A, Colquhoun H, Michie S, Foy R, Francis JJ, et al. No more 'business as usual' with audit and feedback interventions: towards an agenda for a reinvigorated intervention. *Implement Sci*. 2014;17(9):14. doi: 10.1186/1748-5908-9-14.
8. Abhyankar P, Cheyne H, Maxwell M, Harris F, McCourt C. A realist evaluation of a normal birth programme. *Evidence Based Midwifery*. [Internet]. 2013 [cited Jun 12, 2016];11(4):112-9. Available from: <http://www.rcm.org.uk/...birth-programme/>.
9. Shimoda GT, Soares AVN, Aragaki IMM, McArthur A. Preventing nipple trauma in lactating women in the University Hospital of the University of Sao Paulo: a best practice implementation project. *JBIM Database Syst Rev Implement Rep*. 2015;13(2):212-32. doi:10.11124/jbisrir-2015-1631
10. Guimarães LSP, Hirakata VN. Use of the Generalized Estimating Equation Model in longitudinal data analysis. *Rev HCPA*. [Internet]. 2012 [cited Jun 12, 2016];32(4):503-11. Available from: <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/36971/23993>.
11. Bick D, Chang YS. Implementation of evidence into practice: complex, multi-faceted and multi-layered. *Rev Enf USP*. 2014;48(4):583. doi: 10.1590/S0080-623420140000400001.
12. Shifaza F, Evans D, Bradley H. Nurses' perceptions of barriers and facilitators to implement EBP in the Maldives. *Adv Nurs*. 2014. doi: 10.1155/2014/698604.
13. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Labor and birth: knowledge and humanized practices. *Text Context Nurs*. 2012;21(2):329-37. doi: 10.1590/S0104-07072012000200010.
14. Bruggemann OM, Ebsen ES, Oliveira ME, Gorayeb MK, Ebele RR. Reasons which lead the health services not to allow the presence of the birth companion: nurses' discourses. *Texto contexto - enferm*. 2014;23(2):270-7. doi: 10.1590/0104-07072014002860013.
15. Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D, editors. Improving patient care: the implementation of change in health care [Internet]. 2nd ed. Chichester: John Wiley; 2013. doi: 10.1002/9781118525975.
16. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;15(7). doi: 10.1002/14651858. CD003766.pub5.
17. Lei n. 11.108 (BR). Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Brasília (DF); 2005. [Acesso 12 jan 2017]. Disponível em: http://planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm.
18. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Resolução normativa n.º 387. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde [Internet]. Brasília (DF); 2016. [Acesso 12 jan 2017]. <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzExMA>.

19. Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;16;(9). doi: 10.1002/14651858.CD004907.pub3.
20. Wei S, Wo BL, Qi HP, Xu H, Luo ZC, Roy C, et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8). doi: 10.1002/14651858.CD006794.pub4.
21. Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(5):716-25. doi: 10.1590/S0080-623420150000500002.
22. Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women Birth.* 2012;25(3):100-6. doi: 10.1016/j.wombi.2011.05.001.
23. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;16(5). doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub3.
24. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(10). doi: 10.1002/14651858.CD007123.pub3.
25. Barasinski C, Lemery D, Vendittelli F. Do maternal pushing techniques during labour affect obstetric or neonatal outcomes? *Gynecol Obstet Fertil.* 2016;44(10):578-83. doi: 10.1016/j.gyobfe.2016.07.004.
26. Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;9(10). doi: 10.1002/14651858.CD009124.pub2.
27. Moiety FMS, Azzam AZ. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014;40(4):946-53. doi: 10.1111/jog.12284.
28. Diorgu FC, Steen MP, Keeling JJ, Mason-Whitehead E. Mothers and midwives perceptions of birthing position and perineal trauma: an exploratory study. *Women Birth.* 2016;29(6):518-23. doi: 10.1016/j.wombi.2016.05.002.
29. Kenyon S, Tokumasu H, Dowswell T, Pledge D, Mori R. High-dose versus low-dose oxytocin for augmentation of delayed labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;13(7). doi: 10.1002/14651858.CD007201.pub3.
30. Hassan SJ, Sundby J, Hussein A, Bjertness E. Translating evidence into practice in childbirth: a case from the Occupied Palestinian Territory. *Women Birth.* 2013;26(2):e82-9. doi: 10.1016/j.wombi.2012.12.002.

Recebido: 08.04.2017

Aceito: 07.11.2017

Correspondência:
Clodoaldo Tentes Côrtes
Universidade Federal do Amapá.
Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde
Rod. Juscelino Kubitschek de Oliveira, Km 02
Jardim Marco Zero
CEP: 68902-280, Macapá, Amapá, Brasil
E-mail: ctcortes@unifap.br

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.